

Jueves, 7 de junio (17:00 - 18:15)

NEUMOLOGÍA

Sala 122 (Planta 1)

142

17:00

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL HEMANGIOMA SUBGLÓTICO INFANTIL. A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Iuliana Carmen Trifu, Esther Roperó Ramos, Laura Server Salvà, Pablo Velasco Puyol, Albert Pi Companyó, Mónica Sancosmed Ron, Rocío Cebrián Rubio, Manuel Martín González, Marc Pellicer Sarasa, Félix Pumarola Segura

Urgencias y ORL Pediátricas del Área Materno-Infantil del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Antecedentes y objetivos: Los hemangiomas son los tumores más frecuentes en el área otorrinolaringológica en la edad pediátrica. El síntoma más frecuente es el estridor bifásico que aumenta con el llanto y con las infecciones de vías respiratorias superiores. La historia natural de estos hemangiomas se caracteriza por la obstrucción progresiva de la vía aérea durante la fase de proliferación seguida de la desaparición de los síntomas en la fase de involución. Aún así, a veces es necesario un tratamiento médico y/o quirúrgico. El objetivo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento de estos tumores.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 3 pacientes diagnosticados y tratados de hemangioma subglótico en nuestro centro desde noviembre del 2005 hasta enero del 2007.

Resultados: Se presentan los casos de 3 pacientes de edades: 4, 5 y 6 meses con antecedentes patológicos de bronquitis de repetición y estridor inspiratorio. Mediante laringotraqueoscopia se diagnosticaron de hemangioma subglótico con ocupación de la luz traqueal de < 70% (caso 1), > 70% unilateral (caso 2) y > 70% bilateral (caso 3). Los casos 1 y 2 presentaban hemangiomas cutáneos asociados. El tratamiento seguido en cada caso fue: caso 1: corticoides vía oral, caso 2: vaporización endotraqueal con láser CO2 con respiración espontánea, caso 3: exéresis por vía externa. Todos han presentado buena evolución sin recurrencia de la sintomatología.

Conclusión: Nuestro protocolo terapéutico específico para los hemangiomas subglóticos es individualizado según la localización y el grado de ocupación de la luz traqueal de la siguiente manera: < 70% de ocupación tratamiento conservador con corticoides, > 70% unilateral vaporización con láser y > 70% bilateral exéresis por vía externa. En ningún caso se ha requerido traqueotomía.

143

ALVEOLITIS HEMORRÁGICA SECUNDARIA A LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO

17:07

Olaia Sardón Prado, Izaskun Miner Kanflanka, Fco. Javier Mintegui Aramburu, Javier Korta Murua, Ane Aldasoro Ruiz, Cristina Calvo Monge, Eduardo González Pérez-Yarza

Unidad de Neumología Infantil del Servicio de Pediatría y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

Introducción: El lupus eritematoso diseminado (LES) tiene una incidencia de 0,6-1/100.000 y una prevalencia de 5-20/100.000 en menores de 16 años. La afectación pulmonar es del 31% y de la alveolitis hemorrágica (AH) 5-12%, con alta mortalidad 35-80%. Edad de presentación $12,9 \pm 2,6$ años. Predomina en mujeres 2,3-9:1.

Observación clínica: Niña de 11 años de edad diagnosticada de LES y nefropatía lúpica tipo IV, remitida para estudio por alveolitis hemorrágica aguda. *Antecedentes personales:* tiroiditis autoinmune y osteoporosis. Ingreso en UCIP por insuficiencia respiratoria progresiva secundaria a AH (ventilación mecánica, 26 días) (tratamiento con IECAS, ciclofosfamida, levotiroxina, y prednisona). *Exploración física:* peso < p3, talla p-4, S_{pO_2} 95% a FiO_2 0,21. Atrofia muscular de cintura escapular e intercostal. ACP: estertores crepitantes aislados, en bases. *Pruebas complementarias:* hemograma y bioquímica, normales. PCR 90 mg/l, VSG 7 mm/h, ANA 1280 U/ml, anti-DNA nativos 184 U/ml; ENA, anti-RNT, anti-SM, anti-ribosomal, anti-histonas y anti-mb basal, positivos. IgA, IgG e IgM, normales. Complemento C3 y C4, normales. Rx tórax: infiltrado bibasal y disminución de capacidad pulmonar. ECG normal, ecocardiograma: hipertrofia miocárdica. Función pulmonar: X y R a 5 Hz > 150%, FEV₁ 40,4%, FVC 35%, FEV₁/FVC 111%, FEF₂₅₋₇₅ 54,5%, PEF 57,5%. TC pulmonar: infiltrados alveolares diseminados sin afectación intersticial. Lavado broncoalveolar: abundante material hemático con aisladas células bronquiales; macrófagos aislados y células escamosas, cultivo, negativo. *Diagnóstico:* alveolitis hemorrágica secundaria a LES. *Tratamiento:* IECAS 3,57 mg/kg/d, azatioprina 2 mg/kg/d, levotiroxina 75 mg/d, AAS 75 mg/día, vitamina D₃, prednisona 5 mg/d/días alternos. *Evolución:* a los 18 meses, presenta estabilización de la función pulmonar (FEV₁ 45%); TC pulmonar, con notable mejoría sin evidencia de atrapamiento aéreo ni lesión intersticial ni alveolar.

Comentarios: La alveolitis hemorrágica secundaria a LES es una complicación infrecuente en la infancia y de elevada mortalidad, que requiere diagnóstico e intervenciones precoces para resolver el episodio agudo y las recidivas ocasionales.

144

NEUMONÍA E HIPONATREMIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS INGRESADOS DURANTE EL AÑO 2006

Miguel Ángel Marín Gabriel, Isabel Llana Martín, Isabel Romero Blanco, Paula Touza Pol, Florencia Marzorati, Clara Cantisano Bono, Maite García de Álvaro, María Bénédict Gómez, Alejandro López Escobar, María Elena Fernández Villalba
Hospital de Madrid Torreloñones, Madrid.

Introducción: La presencia de hiponatremia en población pediátrica hospitalizada se asocia frecuentemente a las presencia de enfermedades graves tales como meningitis, sepsis, etc. Su presencia en pacientes con diagnóstico de neumonía se asocia a una mayor gravedad, mayor estancia o mayor necesidad de oxígeno. El objetivo de este estudio es describir los casos de hiponatremia observados en pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo donde se recogen todos los casos ingresados durante el año 2006 con diagnóstico de neumonía. Se analizaron aquellos casos con presencia de hiponatremia (definido como menor de 135 mmol/l). Las variables cuantitativas se exponen como media y desviación estándar (DS), las variables cualitativas se exponen como porcentajes.

Resultados: Durante el año 2006 ingresaron con diagnóstico de neumonía 67 pacientes, presentado 8 de ellos (12%) hiponatremia al ingreso, 25% niñas. La PCR media obtenida en estos pacientes fue de 185,5 mg/l (DS 71); Leucocitos 19.023 (DS 11,244) por microl; Neutrófilos 14.871 (DS 10.990) por microlitro; Presentaron derrame pleural 2 (25%) de los pacientes, no precisando drenaje pleural ninguno de ellos. La estancia media fue de 5,3 días (DS 2,9). La localización más frecuente tuvo lugar en el lóbulo inferior izquierdo (3 casos, 37,5%).

Discusión: La presencia de hiponatremia en pacientes con diagnóstico de neumonía oscila entre un 30-45%, si bien los resultados hallados ofrecen un porcentaje inferior a lo publicado. Es importante conocer la existencia de hiponatremia en pacientes ingresados por neumonía, ya que se relaciona con una estancia hasta un 60% más larga, 2 veces mayor riesgo de complicaciones y una mortalidad 3,5 veces superior a las neumonías que no se acompañan de hiponatremia. Son varios los autores que hacen referencia a la existencia de un SIADH asociado a la neumonía, ocurriendo hasta en el 68% de los casos que cursan con hiponatremia. También se ha descrito la relación entre el péptido natriurético atrial en pacientes con neumonía e hiponatremia, observando en este caso su clara asociación entre la elevación de sus niveles y la presencia de cifras de sodio disminuidas, si bien no ha demostrado su relación con la severidad de la neumonía.

145

VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR CON ANTECEDENTES DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR

Ignacio Ledesma Benítez, Eva Rodríguez Carrasco, María del Mar Romero Pérez, Guadalupe María Pérez Pérez, Martín Navarro Merino, María Jesús Díaz-Pintado Lara, Encarnación Camino Sanz, José González Hachero

Sección de Neumología del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Determinar la función pulmonar en niños con antecedentes de prematuridad y displasia broncopulmonar (DBP)

17:14

durante la edad escolar y su relación los antecedentes neonatales.

Método: Estudio retrospectivo descriptivo de los niños nacidos entre los años 1994 y 2001 con antecedentes de prematuridad (≤ 32 semanas de edad gestacional) y DBP seguidos desde el nacimiento, recogiendo los datos referentes a la primera espirometría forzada reproducible realizada durante su seguimiento en la edad escolar (de 5 a 11 años de edad). Se analizaron los antecedentes neonatales de la muestra. Se compararon los valores medios de la espirometría con los referidos a la población general y su relación con los antecedentes neonatales, utilizando para ello la prueba de t de Student o el coeficiente de correlación de Pearson según el tipo de variable analizada.

Resultados: Se analizaron a 37 pacientes con antecedentes de DBP, excluyéndose a 7 por falta de colaboración para la realización de la espirometría. De los 30 pacientes restantes (19 niños y 11 niñas) tenían una edad media a la realización de la espirometría de 7,3 años. Edad gestacional (EG) media de 28,6 semanas de gestación. Peso al nacer de 1.181 gramos de media. En 15 casos se utilizó corticoides prenatales y en 22 surfactante pulmonar. Sólo en 4 casos no se observó membrana hialina, siendo en el 72% restante de grado II-III. En 25 casos se utilizó ventilación mecánica (VM) con una duración media de 13,2 días. Los valores medios de la primera espirometría fueron los siguientes: FVC: 84,5%; FEV₁: 92,8%, PEF: 82,62%; FEF₂₅₋₇₅: 88,5%. Se observó relación significativa entre los valores más bajos del FEV₁ y la presencia de membrana hialina ($p = 0,03$) junto con una correlación significativa entre los valores más bajos del FEV₁ y una duración prolongada de la VM. (FEV₁: $r = -0,43$ y $p = 0,026$). No se observaron diferencias significativas entre los valores de la espirometría y la EG, peso al nacer y utilización de corticoides prenatales y surfactante pulmonar.

Conclusiones: Los pacientes de nuestra muestra tuvieron valores espirométricos inferiores a los referidos a la población general en la edad escolar. Los valores más bajos del FEV₁ se relacionan con la presencia de membrana hialina y con una duración prolongada de la VM, aunque debemos tener en cuenta el pequeño tamaño muestral para extraer más conclusiones de nuestro estudio.

146

¿IDENTIFICAMOS CORRECTAMENTE AL NIÑO CON ASMA DE RIESGO?

María Amaya Conde Domínguez, Beatriz Álvarez Martín, Ana Aguirre Unceta-Barrenechea, Raúl Rodríguez Serrano, Iker Serna Guerediaga, Marian Villar Álvarez, Carlos González Díaz, Javier Elorz Lambarri

Hospital de Basurto, Bilbao (Vizcaya).

Antecedentes y objetivos: Los niños asmáticos que precisan asistencia en urgencias e ingreso hospitalario suponen un importante gasto sanitario. Existen dudas sobre las causas que llevan al niño a padecer una crisis de asma que precisa atención en urgencias: ¿minusvaloran la severidad del asma los padres o el niño?, ¿minusvalora el asma el pediatra? o ¿puede qué las Guías de asma no clasifiquen correctamente a los niños cuya asma requiere tratamiento de fondo?

Material y métodos: Estudio prospectivo de una muestra aleatoria de 80 niños atendidos por asma en nuestro servicio de urgencias. Valoramos las características de los 39 niños (49%) que

17:28

17:21

no tomaban tratamiento de fondo. Analizamos su diagnóstico previo, los factores de riesgo de asma y los síntomas de asma los tres meses previos. El objetivo primario del estudio fue comparar que guía de asma (Australiana 2002 ó GINA anterior a la revisión de noviembre del 2006) clasificaba mejor la severidad del asma (riesgo de precisar asistencia urgente) y la necesidad de seguir un tratamiento de fondo. El análisis de frecuencias se llevo a cabo mediante la χ^2 .

Resultados: 21(54%) eran niños. La edad media era de 7,1 años ($\pm 2,8$). 23 (59%) estaban diagnosticados de asma por su pediatra, 10 (26%) catalogados bronquíticos y 6 (15%) no tenían diagnóstico previo. 18 (48%) habían precisado asistencia previa en urgencias o ingreso en observación y 11 (28%) ingreso en planta de hospitalización. 25 (64%) tenían antecedentes familiares de primer grado de asma o atopia y 27 (70%) eran atópicos. Solamente 2 pacientes (5,1%) se clasificarían como asmáticos persistentes según la antigua GINA y 24 (61,4%) se clasificarían como asmáticos persistentes o asma episódica frecuente. χ^2 21 ($p < 0,001$).

Conclusiones: La población de niños que precisa asistencia en urgencias por asma y no toma tratamiento de fondo no difiere de la que si toma tratamiento de fondo. Son mayoritariamente alérgicos y tienen antecedentes de asma o atopia en familia de primer grado. A juzgar por la asistencia anterior en urgencias y la necesidad de hospitalización, su asma está probablemente infravalorada por padres y pediatras. Además, la instauración de un tratamiento de fondo va a depender de la guía de asma empleada. Al ser el asma del niño episódica, la guía Australiana del 2002 identifica mejor el asma de riesgo y ello justifica los cambios de la nueva GINA.

147

DESCRIPCIÓN DE LAS BRONQUIOLITIS INGRESADAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE EL PERÍODO EPIDÉMICO

María del Mar Santos Sebastián, Ana Berroya Gómez, María Hernando Puente, Estíbaliz Barredo Valderrama, Sara Zarzoso Fernández, Javier Urbano Villaescusa, Ana Peñalba Citores, Ana García Figueruelo, María del Carmen Arimendi Moreno, Rosa Rodríguez Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Antecedentes y objetivos: La bronquiolitis es la primera causa de hospitalización en lactantes en periodo epidémico (octubre-mayo), siendo el principal agente etiológico el VRS. El objetivo de nuestro estudio es describir las características, evolución y complicaciones de los pacientes ingresados por este motivo en nuestro centro.

Métodos: Estudio prospectivo descriptivo observacional. Para ello se han recogido datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y evolutivos durante el ingreso de los pacientes en nuestra unidad.

Resultados: Hemos estudiado 60 lactantes ingresados con el diagnóstico de bronquiolitis durante los meses diciembre del 2006 y enero del 2007. La edad media de nuestros pacientes fue de 7,38 meses (0,39-19,2), el 46,7% fueron niñas y el 53,3% niños. La estancia media fue de 6,41 días. Cuatro pacientes (6,7%) requirieron ingreso en UCIP. Un 25% tenían antecedentes personales de interés, siendo el más frecuente la prematuridad (11,7%). El valor medio al ingreso del score de Wood-Downes fue de 5,95 (rango de 2 a10), la saturación de 90,8% y la fre-

cuencia respiratoria de 54 rpm. El motivo de ingreso más frecuente fue la dificultad respiratoria (83,3%), seguido por una saturación transcutánea de oxígeno inferior al 92% (71,7%). Se realizó radiografía de tórax en el 41,7% (52% sin hallazgos), analítica sanguínea en 71,7%, test rápido de detección del virus respiratorio sincitial en el 100% (68,3% positivos, siendo falsos positivos comprobados con cultivo 7%). Todos los pacientes recibieron tratamiento con broncodilatadores en aerosol: 71,7% con adre-nalina, el 28,3% con salbutamol. Cuarenta (66,7%) de los niños precisaron fluido-terapia, 44 (73,3%) pudieron alimentarse por vía oral en las primeras 24 horas del ingreso y en 5 casos nutrición enteral continua. El 90% precisaban oxígeno suplementario. El 15% requirieron tratamiento antibiótico. Presentaron complicaciones importantes 14 pacientes (23%) de ellas 9 fueron neumonías.

Conclusiones: El VRS es el agente etiológico causal más frecuente de las bronquiolitis en el periodo epidémico. La estancia media de esta cohorte es de 6 días. Las pruebas complementarias son innecesarias en la mayor parte de los casos, por no modificar la estrategia terapéutica. Un número nada despreciable de pacientes (22%) presenta complicaciones potencialmente graves.

148

ACTITUD PRÁCTICA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA ANTE LA BRONQUIOLITIS AGUDA DEL LACTANTE EN GALICIA (ESTUDIO BRONQUIO-GAL)

Luis Sánchez Santos, Pilar Blanco-Ons Fernández, Francisco Contreras Martínón, Lorenzo Redondo Collazo, Nazareth Martínón Torres, Antonio Rodríguez Núñez, María López Sousa, Marta Bouzón Alejandro, José María Martínón Sánchez, Federico Martínón Torres

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Antecedentes y objetivos: El diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda son controvertidos. Pretendemos conocer las actitudes prácticas diagnóstico-terapéuticas de los pediatras de Galicia en el contexto de la bronquiolitis aguda y analizar la influencia que pudiesen tener en la respuesta factores profesionales como la base formativa, la experiencia práctica, y el entorno laboral.

Métodos: Estudio observacional transversal mediante encuesta postal que incluía un supuesto clínico de bronquiolitis aguda y 40 cuestiones relacionadas. La encuesta se envió a los pediatras miembros de la Sociedad de Pediatría de Galicia en mayo-2004.

Resultados: Un total de 103 encuestas fueron devueltas debidamente cumplimentadas. La mitad de los participantes (50,5%) tenía una edad superior a los 45 años. El 87% eran pediatras especialistas y el 13% médicos residentes. El 58% de los facultativos desarrollaban su trabajo habitual en Atención Primaria. En la mayoría de los casos la actitud diagnóstica se adecuó a las recomendaciones vigentes, destacando la aplicación de escalas clínicas y la pulsioximetría. Por el contrario, se indicaron tratamientos farmacológicos con más frecuencia de la recomendable y, fármacos como los broncodilatadores o los corticosteroides, se emplean de forma casi generalizada. La experiencia práctica no tuvo influencia en las respuestas. El uso de pruebas de detección rápida de VRS fue más frecuente entre los médicos residentes ($p < ,001$). Los pediatras hospitalarios aplicaron con más frecuencia todas las exploraciones complementarias

17:42

17:35

encuestadas ($p < .001$), con la excepción de las escalas de valoración clínica, empleadas por igual en ambos grupos. En el ámbito hospitalario se indicaron con más frecuencia la oxigenoterapia, los broncodilatadores, y en particular la adrenalina ($p < .001$).

Conclusiones: Existen discrepancias importantes entre la práctica rutinaria y las evidencias que la justifican. Una conferencia de consenso sobre el manejo de la bronquiolitis aguda, ayudaría a mejorar la atención de estos pacientes y a racionalizar el consumo de recursos.

149 17:49 ESTUDIO COMPARATIVO EN LA EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN LA VÍA AÉREA EN NIÑOS

María Fanjul Gómez, Ana Laín Fernández, María A. García Casillas, Agustín del Cañizo López, Alberto Parente Hernández, Noela Carrera Guermeur, José A. Matute de Cárdenas, Juan José Vázquez Estévez

Servicio Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La aspiración de cuerpos extraños en niños es una patología frecuente y potencialmente grave. Tradicionalmente resuelta por medio del broncoscopio rígido, cada vez más autores apoyan el uso del broncoscopio flexible en niños para su resolución. El objetivo de nuestro trabajo es comparar el uso de la broncoscopia rígida vs. flexible en la extracción de cuerpos extraños en la vía aérea en niños.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente a 65 pacientes diagnosticados de aspiración de cuerpo extraño. Comparamos dos cohortes de distribución homogénea. El grupo A incluye a 41 niños tratados mediante broncoscopio rígido y el grupo B (1999-2006) a 24 tratados con fibrobroncoscopio. Las variables del estudio son edad, sexo, tasa de éxito en la extracción inicial (TEEI), tipo de segundo procedimiento realizado, tipo de cuerpo extraño, lateralidad, tiempo de estancia hospitalaria (EM), complicaciones y mortalidad. El análisis estadístico se realizó mediante T de Student para variables cuantitativas y Chi cuadrado para las cualitativas. Una $p < 0.05$ se considera estadísticamente significativa. Los datos se presentan como media \pm error estándar de la media.

Resultados: El grupo A tuvo una EM de $1,89 \pm 0,42$ días. La TEEI fue del 85,36%. Seis necesitaron un segundo procedimiento terapéutico, (5 broncoscopias rígidas, 1 fibrobroncoscopia). Las complicaciones postextracción para este grupo consistieron en un episodio de bronquitis en 2 pacientes (4,87%). El grupo B presentó una EM de $1,34 \pm 0,27$, con una TEEI del 70,83%, precisando un segundo procedimiento 7 de los niños (4 fibrobroncoscopias, 3 broncoscopias rígidas). Las complicaciones postextracción para este grupo consistieron en un episodio de bronquitis y un neumotórax en 2 pacientes (8,33%). La mortalidad en ambos grupos fue nula. No existieron diferencias estadísticamente significativas en la EM, TEEI, tipo de segundo procedimiento ni tasa de complicaciones.

Conclusiones: La extracción de cuerpos extraños en la vía aérea en niños es segura y eficaz por lo que consideramos que debería tenerse en cuenta como método inicial de tratamiento.

150 17:56 TRAQUEOMALACIA: UNA ENTIDAD A CONSIDERAR

María José Tejedor Sanz, Amparo Escribano Montaner, Nuria Díez Monge, Olga Gómez Pérez

Unidad de Neumología Infantil del Hospital Clínico Universitario, Valencia y Universidad de Valencia, Valencia

Antecedentes y objetivo: Los trastornos malácicos de la vía aérea representan un importante grupo de alteraciones respiratorias en el niño que, en los últimos años, han experimentado un importante incremento gracias al desarrollo de la fibrobroncoscopia infantil. En este estudio se pretende evaluar las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de estos procesos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo, de las traqueomalacias, laringomalacias y broncomalacias diagnosticadas mediante fibrobroncoscopia (FB), desde 1997 hasta 2005.

Resultados: De un total de 305 fibrobroncoscopias, en 70 (23%) se detectó patología malácica, siendo la laringotraqueobroncomalacia el diagnóstico más frecuente con 23 casos (33%), seguida de la traqueomalacia aislada (TM) en 20 pacientes (29%), sobre todo del tramo superior, y la laringomalacia (LM) en 19 casos (27%), fundamentalmente subglótica. La edad media al diagnóstico fue 4,29 años (mediana 4 años), predominando el sexo masculino (1,9:1). Como factores de riesgo destacan los antecedentes de prematuridad, ventilación mecánica, o existencia de enfermedades concomitantes (cardiopatías congénitas, RGE, o síndrome de Down). Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el estridor en la LM o LTBM, y las sibilancias junto con tos crónica, en la TM. La mayoría de los pacientes presentaban formas leves con buena evolución posterior. El 68% de los pacientes habían recibido terapia broncodilatadora y corticoidea inhalada debido a las manifestaciones clínicas atribuidas a asma o hiperreactividad bronquial. La concordancia diagnóstica pre y post broncoscópica en nuestra Unidad osciló entre el 33 y 75% según la entidad.

Conclusiones: 1) La frecuencia detectada de estas anomalías es alta. 2) En niños con síntomas respiratorios crónicos que no responden al tratamiento, sobre todo si predomina la tos o existe estridor, se debería sospechar este diagnóstico. 3) Niños con RGE, S. Down, pretérminos o ventilados, tienen un mayor riesgo. 4) El mayor rendimiento diagnóstico se obtiene con la FB que, por su relativa sencillez y seguridad, se debería plantear precozmente, ya que ni la radiografía de tórax, ni la TACAR pulmonar convencional han demostrado gran utilidad.

151 18:03 ANGIOMAS SUBGLÓTICOS EN LACTANTES

Silvia Celorio Duarte, Ana Hervás Matamala, Borja Osona Rodríguez de Torres, Joan Figuerola Mulet, Manuel Tomás Barberán

Unidad de Neumología Infantil del Servicio de Pediatría y Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca (Balears).

Introducción: El angioma subglótico es una patología de infrecuente presentación, siendo su diagnóstico sencillo, siempre que se sospeche su presencia. Existen distintos enfoques terapéuticos sin que esté estandarizado su abordaje.

Métodos: Se han revisado casos clínicos de dificultad respiratoria en los últimos once años con diagnóstico definitivo de an-

gioma o hemangioma subglótico. Se revisó edad y sexo, clínica acompañante y forma de presentación, malformaciones asociadas, tratamiento y complicaciones.

Resultados: Se encontraron seis casos de 1996 a 2007, la edad media al diagnóstico fue de 3,8 meses de vida, cuatro de sexo femenino y dos de sexo masculino. Dos pacientes eran recién nacidos pretérmino. Cinco de ellos presentaban lesiones angiomatosas visibles en la exploración física. Dos de ellos fueron diagnosticados inicialmente de bronquiolitis y otros dos de laringitis aguda. Los dos restantes fueron remitidos para estudio por estridor persistente. Todos los pacientes presentaban estridor leve-moderado, dos de ellos inspiratorio, dos bifásico, uno espiratorio y otro sin especificar. El estridor se exacerbaba en cuadros catarrales leves. Todos presentaban tos y taquipnea en distinto grado. El diagnóstico definitivo se obtuvo en todos ellos por fibrobroncoscopia. Cinco casos fueron tratados con vaporización con láser CO₂ y posterior tratamiento corticoideo en pauta descendente y dos de ellos presentaron una recidiva. El primero mostró buena respuesta a tratamiento corticoideo y el segundo precisó repetir intervención con láser. Un paciente fue tratado únicamente con corticoides sin requerir otra intervención.

Conclusiones: Ante un paciente con angiomas cutáneos y dificultad respiratoria siempre hay que descartar un angioma subglótico, aunque no se aprecie estridor franco. Pese a que no exista un tratamiento establecido en la literatura y muchos casos se aborden con cirugía abierta laríngea, en nuestra serie el tratamiento corticoideo acompañado de láser CO₂ se ha demostrado de gran utilidad.

152

18:10

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL CRÓNICA SECUNDARIA A ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Olaia Sardón Prado, Fco. Javier Mintegui Aramburu, Javier Korta Murua, Ane Aldasoro Ruiz, Eider Oñate Vergara, Agustín Nogués Pérez, Eduardo González Pérez-Yarza

Unidad de Neumología Infantil del Servicio de Pediatría y Unidad de Radiología Pediátrica del Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) alcanza una incidencia de 3,2/ 100.000 y una prevalencia de 19,8-51,4/100.000 en menores de 16 años. La afectación pulmonar de la AIJ es inferior al 5%.

Observación clínica: Niña de 8 años de edad con AIJ, forma poliarticular (ANA y FR +) y glomerulonefritis mesangial, remitida para estudio de neumonía bilateral subaguda. Antecedentes personales: diagnosticada de AIJ a los 16 meses y en tratamiento actual con salazopirinas, condroitin-sulfato y férulas nocturnas. *Exploración física:* peso <p-3, talla <p-3, S_pO₂ 95% a FiO₂ 0,21. Aspecto distrófico. Pecto excavado. ACP: crepitantes diseminados. Tumefacción tobillo izquierdo. Acropaquias. Resto normal. *Pruebas complementarias:* leucocitos 25.000/ul (PMN 19.000/ul), VSG 86 mm/h, PCR 120 mg/L, FR1120 UI/ml, ANA negativo. Ig A, G y M, normales. Rx tórax: patrón intersticial micronodular bilateral con atrapamiento aéreo. Gammagrafía pulmonar V/Q: hipoventilación e hipoperfusión de LSD derecho. Función pulmonar: t_{PT_{EF}}/t_E: 26,8%, R-5 Hz y X-5 Hz >150%, VC -40%, TLC 82,7%, RV 105%, sRaw y sGaw normales. FEV₁ 56%, FVC 45%, FEV₁/FVC 118%, y FEF₂₅₋₇₅ 84%. Compatible con patrón funcional restrictivo. TC pulmonar: patrón micronodular y de panalización con múltiples quistes que

su-gieren fibrosis pulmonar de predominio derecho. Adenopatías paratraqueales. Biopsia pulmonar: compatible con neumonía intersticial y fibrosis pulmonar. Diagnóstico: enfermedad pulmonar intersticial crónica secundaria a AIJ. Tratamiento: deflazacort 2 mg/kg/d, anti-TNF 0,5ml /2 veces/sem, condroitin-sulfato 200 mg/d y salmeterol 50 mcg/12h. *Evolución:* Tras 9 años de seguimiento, presenta insuficiencia respiratoria grave (FEV₁ 29,7%) y disnea con esfuerzos físicos moderados; grado funcional III-IV (Clasificación de Stembrocker).

Comentarios. La afectación pulmonar en la AIJ es infrecuente, pero puede marcar el pronóstico. El diagnóstico precoz y la intervención terapéutica específica sugieren una menor morbilidad respiratoria en esta patología.

CARDIOLOGÍA

Sala 123 (Planta 1)

153

17:00

RABDOMIOMAS CARDÍACOS – 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Susana Soares, Mafalda Sampaio, Cláudia Moura, Gustavo Rocha, António Vieira, José Carlos Areias, Hercília Guimarães

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital de São João, Porto (Portugal) y Facultad de Medicina de la Universidad de Porto (Portugal) .

O rabdomioma é o tumor cardíaco mais frequentemente observado no período neonatal. Clinicamente, pode ser assintomático ou provocar obstrução ao fluxo sanguíneo, taquiarritmias ou morte súbita. A resolução espontânea das lesões é frequente, em particular nas lesões pequenas. A esclerose tuberosa está associada em cerca de metade dos casos. Dado terem habitualmente um comportamento benigno, o tratamento é conservador ficando a cirurgia reservada para situações de compromisso hemodinâmico resultante de obstrução marcada.

Os autores relatam a experiência da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – UCIN- e Serviço de Cardiologia Pediátrica nos últimos 10 anos, em doentes com rabdomiomas cardíacos de apresentação no período neonatal. Dos 6 doentes (3F: 3M) com esta patologia internados na UCIN, 5 são actualmente acompanhados na consulta de Cardiologia Pediátrica com um tempo médio de seguimento de 29,8 meses (9 meses a 5 anos e 4 meses). Todos os doentes apresentavam diagnóstico pré-natal e foram abordados com terapêutica conservadora. Apenas um destes doentes apresentava obstrução ventricular no período neonatal, que posteriormente regrediu. Quatro doentes apresentaram taquicardia supraventricular e dois pré-excitação ventricular. Numa doente foi efectuada ablação de via acessória por energia de radiofrequência. Dois doentes têm diagnóstico de esclerose tuberosa. Foi observada regressão das lesões intracardiacas em três doentes. Nenhuma criança se encontra actualmente sob terapêutica farmacológica. Os rabdomiomas cardíacos apresentam bom prognóstico, com resolução frequente das lesões. Porém, a sua apresentação pode ser complicada, nomeadamente por taquiarritmias. Nos doentes com esclerose tuberosa, o prognóstico está condicionado pelas co-morbilidades associadas a esta patología.

154

GENÉTICA DEL SÍNDROME DEL QT LARGO CONGÉNITO (LQTS)

Eider Oñate Vergara, Miren Apilánez Urquiola, Itziar Sota Busselo, Ana Cobos Esteban, María Ángeles Izquierdo Riezu
Unidad de Cardiología Infantil del Servicio de Pediatría y Sección de Genética del Hospital Donostia, San Sebastián (Guipúzcoa).

Introducción. El LQTS incluye un grupo de enfermedades con prolongación del intervalo QT que asocian arritmias malignas y riesgo elevado de muerte súbita. Clásicamente se han descrito 2 fenotipos: Romano-Ward (R-W), cardíaco puro, autosómico dominante (pacientes heterocigotos) y Jervell-Lange-Nielsen (J-L-N) con sordera neurosensorial y autosómicos recesivos (pacientes homocigóticos). Hay 7 tipos genéticos descritos siendo los más frecuentes y sus fenotipos el LQT1 (R-W o J-L-N), LQT2 (R-W) y LQT3 (R-W). La severidad clínica, el tratamiento y pronóstico varía con los distintos tipos genéticos y mutaciones.

Objetivo. Describir los resultados genéticos del LQTS.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas codificadas como LQTS (CMBD, CIE-9-MC-IDC9), durante un período de 15 años (1992-2006), en niños menores de 14 años. Para el diagnóstico de LQTS, se exigió el cumplimiento de los criterios de Schwartz (1993). Se evaluaron las variables de edad al diagnóstico (ED), sexo, sintomatología, características del electrocardiograma, evolución y tratamiento. El estudio genético se realizó en el laboratorio especializado de cardiología molecular en Pavía, Italia.

Resultados. Durante el período de estudio se diagnosticaron 8 casos con LQTS, con estudio genético en 5 casos: cuatro, con mutación del gen KVLQT1 en el brazo corto de cromosoma 11 (LQT1); y uno con mutación en el gen SCN5a en el cromosoma 3 localización 21-24 (LQT3). La mutación del gen KVLQT1 se presentó en homocigosis en 3 de los 4 pacientes (75%); ninguno de los cuales asociaron sordera. De los otros 3 casos sin genética, un paciente no dio su consentimiento para el estudio, otro falleció antes de realizarlo y el tercero es de reciente diagnóstico y aún no se dispone del resultado. La ED fue 7,75 años (rango 0-13 años), distribuidos en 3 niños (37,5%) y 5 niñas (62,5%). El síntoma de presentación más frecuente fue el síncope (7/8) Recibieron tratamiento farmacológico con β -bloqueantes 8 pacientes. A 2 pacientes se les implantó un desfibrilador. El tiempo medio de seguimiento fue de 84,4 meses. Un paciente falleció a los 48 meses del diagnóstico.

Comentario. Los resultados genéticos apoyan la existencia de un síndrome de Romano-Ward con herencia autosómica recesiva que no asocia sordera, como se describe en la actualidad.

17:07

pacientes, ni sobre el impacto en la calidad de vida. Por estos motivos consideramos imprescindible realizar una valoración de sus efectos en este grupo de edad.

Métodos: Estudio observacional de cohortes en el que revisamos todos los niños tratados con DAI en nuestro Hospital en los últimos 15 años.

Resultados: Se han implantado DAI a 5 niños y 3 niñas con taquicardia ventricular. La edad media de implantación del DAI fue de 7,6 años y las indicaciones fueron episodios de muerte súbita abortada (5/8) y de TV sostenida (3/8). La vía de implantación fue endovenosa con electrodo intracavitario en todos los casos excepto en uno en el que se implantó de forma externa. La cardiopatía subyacente fue cardiopatía congénita en 3 pacientes (2 tumores cardíacos y una transposición de grandes arterias), miocardiopatía hipertrófica en 3 casos y arritmia primaria en 2 (síndrome del QT largo y fibrilación ventricular primaria). 6 de los pacientes recibieron tratamiento adicional con antiarrítmicos. La media de seguimiento fue de 7 años y medio. En este tiempo, 3 pacientes precisaron cambio de electrodos. Un paciente con fibroma cardíaco no extirpable falleció durante el trasplante cardíaco. 4 de los 8 pacientes presentaron episodios de TV que revirtieron en su mayoría por descargas del DAI, aunque en 2 de ellos se produjeron choques inapropiados en alguna ocasión. Destaca la aparición de síntomas de ansiedad al alcanzar la adolescencia.

Conclusiones: El DAI es útil en la prevención de muerte súbita cardíaca en niños con arritmias ventriculares malignas. Es primordial una correcta programación y un seguimiento estrecho para evitar descargas inapropiadas. Estos niños precisan apoyo para evitar reacciones psicológicas adversas.

155

DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. REVISIÓN DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

Ana Barrios Tascón, Ana Pilar Nso Roca, Luis García-Guereta Silva, Fernando Benito, Javier Cabo, Julia Yebra Yebra
Servicio de Cardiología Infantil del Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid.

Antecedentes y objetivos: El desfibrilador automático implantable (DAI) se emplea en pacientes con riesgo de muerte súbita por taquicardias ventriculares (TV). Es un tratamiento consolidado en adultos aunque poco utilizado en la edad pediátrica por lo que no hay estudios sobre la evolución en estos

17:14

156

TAPONAMIENTO CARDÍACO SECUNDARIO A CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICÁRDICO

Isabel L. Benítez Gómez, María José Martínez Roda, Sonia Quecuty Vela, Elia Sánchez Valderrábanos, Josefina Cano Franco, Josefina Grueso Montero, Antonio Romero Parreño, José Domingo López Castilla, María Teresa Charlo Molina, Mercedes Loscertales Abril

Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

Presentamos el caso de una niña de 7 años que sufrió un derrame pericárdico severo con signos de taponamiento cardíaco a consecuencia de un cuerpo extraño intrapericárdico. Ingresó por presentar, desde una semana antes, molestias y distensión abdominal, astenia, anorexia, disnea de esfuerzo y en algunas ocasiones, palpitaciones con dolor torácico. Como antecedente referían que un mes antes, se había clavado un aguja de coser a nivel precordial, que habían dejado olvidada en un sofá, encontrando posteriormente la la aguja o parte de ella en el suelo.

A la exploración presentaba afectación moderada del estado general, discreta palidez cutáneo mucosa, polipnea, hipoventilación basal derecha con tiraje subcostal, corazón rítmico, tonos apagados, pulsos periféricos palpables, miembros inferiores algo edematosos y abdomen distendido con hepatomegalia de 8 cm. TA 125/88.

Se realizó Rx AP de Torax donde se observaba cardiomegalia con derrame pleural bilateral más acentuado en el lado derecho e imagen de densidad metálica de forma alargada y fina en 4º espacio intercostal, a nivel centrotorácico. En la Ecografía ab-

dominal aparecía líquido libre en cavidad peritoneal, hepatomegalia homogénea y derrame pleural bilateral. Se realizó posteriormente TAC toraco abdominal donde se apreciaba estructura metálica en pared torácica anterior derecha con punta en contacto con pericardio, derrame pleural posterior derecho y pequeño derrame pleural izquierdo, derrame pericárdico de 2-3 cm y moderada cantidad de líquido libre intraperitoneal sobre todo en cavidad pélvica.

Ante el estado general y las pruebas de imagen, se decide ingresar en UCI-P y realizar Ecocardiografía, observándose derrame pericárdico severo, mayor en región apical (5.5 cm), con signos de taponamiento, visualizándose imagen lineal hiperrefringente en saco pericárdico compatible con cuerpo extraño.

Se interviene de forma urgente mediante estornotomía inferior, drenaje pericárdico y extracción de cuerpo extraño metálico que atravesaba pericardio y había erosionado la cara anterior del ventrículo derecho, con evolución posterior favorable.

Comentarios: Se presenta este caso por la rareza del mismo en la infancia y para recalcar la necesidad de tratamiento quirúrgico urgente ante la imagen de un cuerpo extraño intratorácico sintomático, sobre todo en casos de taponamiento cardíaco.

157 17:28 ENFERMEDAD DE KAWASAKI. PRESENTACIÓN ATÍPICA EN LACTANTE DE 2 MESES

Lourdes García Villaescusa, Moisés Sorlí García, Alberto Vidal Company, Ana Pérez Pardo, María Mayordomo Almendros, María Elena Cabezas Tapia

Servicio de Pediatría del Hospital Universitario, Albacete.

Introducción: La enfermedad de Kawasaki es la vasculitis sistémica más común en la edad pediátrica y la principal causa de enfermedad cardíaca adquirida en niños de países desarrollados. De etiología incierta y diagnóstico clínico, se manifiesta habitualmente en niños menores de cinco años, siendo extremadamente infrecuente en menores de 3 meses (inferior al 1,7%).

Caso clínico: Lactante de 2 meses que ingresó en nuestro centro por síndrome febril de hasta 39,5° de 48 horas de evolución. La exploración física al ingreso mostraba rinorrea escasa y leve hiperemia conjuntival. Con el diagnóstico de síndrome febril sin foco se inició tratamiento con cefotaxima iv tras la toma de cultivos. Al quinto día de fiebre se objetivan labios fisurados, enantema oral y edema indurado de piés y manos. Con la sospecha de enfermedad de Kawasaki atípica (4 criterios clínicos) se decide iniciar tratamiento con inmunoglobulina iv y AAS, presentando apirexia a las 12 horas. En el ecocardiograma realizado al cuarto día de ingreso se observa aneurisma pequeño (4 mm diámetro) en origen de arteria coronaria derecha. En controles posteriores se objetiva disminución del tamaño de este aneurisma, así como aparición de otro nuevo en bifurcación de coronaria izquierda.

Conclusión: Queremos señalar la importancia de valorar el diagnóstico de EK en lactantes con fiebre persistente independientemente de la edad. En los más pequeños, es frecuente que se manifieste de forma atípica o incompleta, dificultado enormemente su diagnóstico. Esto, añadido a una posible menor eficacia del tratamiento, explica la mayor frecuencia de complicaciones cardíacas en lactantes. Por otro lado, señalar que los aneurismas coronarios en la enfermedad de Kawasaki se localizan con mayor frecuencia en origen de coronaria derecha y bifurcación de la izquierda, como ocurrió en nuestro caso.

158 17:35 MALFORMACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ALAGILLE Y ATRESIA DE VÍAS BILIARES EXTRAHEPÁTICA

María Teresa Núñez-Villaveirán Baselga, Carlos Labrandero de Lera, Luis García-Guereta Silva, María del Carmen Camarena Grande, Ruth Solana Gracia, Lucía Deiros Bronte, M. Dolores Rubio Vidal, Ana González de Zarate Lorente, Carmen Castro Gussoni, Paloma Jara Vega

Hospital Materno Infantil La Paz, Madrid.

Introducción: El síndrome de Alagille y la atresia de vías biliares extrahepática (AVBEH) son 2 causas frecuentes de trasplante hepático en la población pediátrica. Ambos pueden asociarse a malformaciones cardiovasculares, pudiendo verse afectada su supervivencia. Analizamos las malformaciones cardiovasculares y mortalidad de los casos de Alagille y AVBEH evaluados en nuestro hospital.

Material y métodos: Se recogieron los datos de malformaciones cardiovasculares, necesidad de trasplante hepático y mortalidad en 37 pacientes con Alagille y 48 pacientes con AVBEH, evaluados por los servicios de hepatología y cardiología de nuestro hospital en un periodo de 7 años. Estos datos se compararon mediante análisis univariante de Chi cuadrado.

Resultados: En total, 31 pacientes (83,8%) con síndrome de Alagille y 9 pacientes (18,8%) con AVBEH presentaban alguna malformación cardiovascular. En el grupo de pacientes con Alagille la más frecuentemente encontrada fue la estenosis periférica de las ramas pulmonares, presente en 27 pacientes (73%). Tres pacientes presentaban alteraciones del drenaje venoso sistémico, 3 pacientes persistencia de ductus arterioso, 2 pacientes tetralogía de Fallot, 2 pacientes CIV y 1 paciente un falso tendón e insuficiencia aórtica leve. En el grupo de pacientes con AVBEH, 5 pacientes (10,4%) presentaban alteraciones del drenaje venoso sistémico, 2 CIV, 1 estenosis pulmonar supraauricular, 1 defecto de cojinetes endocárdicos, 1 membrana subaórtica y 1 una dilatación de aurícula y ventrículo izquierdos sin causa aparente. En total, 19 pacientes con Alagille y 42 pacientes con AVBEH fueron trasplantados. Fallecieron 5 pacientes con Alagille (3 trasplantados y 4 con malformación cardiovascular) y 5 pacientes con AVBEH (3 trasplantados y 1 con malformación cardiovascular). No se hallaron diferencias significativas en ninguno de los dos grupos entre la mortalidad de los pacientes con y sin malformaciones cardiovasculares, ni entre la mortalidad de los pacientes trasplantados y no trasplantados.

Conclusiones: El 83,3% de pacientes con Alagille presenta alguna malformación cardiovascular, siendo la típica la estenosis de ramas pulmonares periféricas. El 18,8% de los pacientes con AVBEH presenta malformación cardiovascular. A pesar de ello, no encontramos relación entre la mortalidad y la presencia o no de malformaciones cardiovasculares, en un periodo de 7 años.

159 17:42 DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE. CASUÍSTICA DE 5 AÑOS

María Domínguez Pérez, Nathalie Carreira Sande, Manuel Fernández Sanmartín, Alejandro Pérez Muñuzuri, Sabela Martínez Soto, J. Ramón Fernández Lorenzo

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

Introducción y objetivos: Revisión de la casuística de recién nacidos (RN) menores de 35 semanas que han ingresado en

nuestra unidad y presentado retraso o persistencia de ductus arterioso (PDA) en los últimos cinco años. Analizamos los distintos tratamientos que han recibido así como su evolución.

Material y métodos: Estudio descriptivo que incluye los recién nacidos menores de 35 semanas de edad gestacional nacidos entre los años 2001 y 2005 que han presentado PDA. Datos recogidos: sexo, peso al nacer, edad gestacional (EG), presencia de hemorragia intraventricular (HIV), tipo de tratamiento y respuesta al mismo.

Resultados: De los 442 RN menores de 35 semanas ingresados, 48 (10,8%) presentaron PDA (31 niños y 17 niñas) con una EG media de $30,7 \pm 3,0$ semanas y un peso medio al nacer de 1479 ± 534 grs. El 56,3% se cerraron espontáneamente en los primeros días de vida. Del 43,7% restante; 8 respondieron a medidas de restricción hídrica y diurético; 11 recibieron tratamiento farmacológico con ibuprofeno o indometacina, siendo la respuesta completa en 7, parcial en 1 y nula en 3; 3 pacientes con ductus hemodinámicamente significativo precisaron cirugía, 2 de ellos por la existencia de contraindicaciones del tratamiento farmacológico (HIV activa) y uno por falta de respuesta. 3 de los pacientes que recibieron tratamiento farmacológico presentaron complicaciones (1 HIV, 2 enterocolitis necrotizante). La cirugía consiguió cierre completo del ductus, y sin complicaciones reseñables derivadas de la técnica.

Conclusiones: La PDA es una patología frecuente en los RN prematuros. En nuestra experiencia: la mayoría de los casos se cerraron espontáneamente en los primeros días o con tratamiento conservador; el tratamiento con indometacina o ibuprofeno es una alternativa terapéutica siempre que no existan contraindicaciones, no estando exenta de riesgos; la cirugía fue eficaz y sin mayores complicaciones derivadas de la técnica.

160

ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN LA EDAD PEDIÁTRICA: NUESTRA EXPERIENCIA

Elisabet Guijarro Casas, Susana Melendo Pérez, Pedro Betrián Blasco, María Queral Ferrer Mendiña, Ferrán Gran Ipiña, Begoña Manso García, Gemma Giralt García

Servicio de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas de Adulto del Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La endocarditis infecciosa es una afección infrecuente en la edad pediátrica (0,5-1‰), que conlleva una importante morbi-mortalidad.

Métodos: Se ha realizado la revisión de los casos diagnosticados de endocarditis en nuestro centro, excluyendo neonatos y pacientes de cuidados intensivos con vías centrales, obteniendo un total de 8 casos.

Resultados: La edad mediana es de 18,5 meses (rango 6-180 meses), con un ratio mujer hombre de 1,6:1. Como factores predisponentes se identificó cardiopatía previa en el 75% de los casos. Ningún caso presentaba situación de inmunodeficiencia. El 25% de los pacientes estaban afectados de Sde. De Down. En el 12,5% de los casos existía un procedimiento previo de riesgo. En los pródromos se identificó fiebre en el 100% de los casos, con una mediana de duración previa al diagnóstico de 18 días (rango 3-90 días). El 62,5% de los casos presentó fallo cardiaco, de los cuales el 83,3% precisó ventilación mecánica y soporte inotrópico. Se obtuvieron hemocultivos positivos en todos los casos, siendo los agentes causales aislados: estafilococo aureus 37,5%, streptococo viridans 25%, pseudomonas, trophomona

17:49

maltophilla y neumococo 12,5% cada uno. El estudio ecocardiográfico fue positivo en todos los casos: en el 75% la endocarditis asentó sobre válvula nativa (33% tricúspide, 33% válvula AV común, 12,5% mitrales, 12,5% mitral y aórtica), en el 12,5% de los casos la infección se localizó sobre válvula protésica (tricúspide), y en el otro 12,5% sobre ductus arteriosus persistente. El 50% de los pacientes presentaron complicaciones graves: en el 12,5% de los casos se produjo una destrucción de la válvula con necesidad de recambio precoz, y en el 37,5%, un éxitus intrahospitalario por shock séptico (todos ellos menores de dos años). Ningún caso presentó clínica de tromboembolismo séptico ni otras complicaciones.

Discusión: La endocarditis infecciosa es un proceso poco frecuente en la edad pediátrica. En nuestra serie se observa una alta presencia de cardiopatía congénita como factor de riesgo, así como baja incidencia de procedimientos de riesgo. Cabe destacar la consecución del aislamiento del germen así como de la confirmación ecocardiográfica en todos los casos. Dada nuestra casuística es imposible establecer factores de riesgo de mortalidad con significancia estadística, aunque parece lógico un aumento de la mortalidad a edades más precoces.

161

DISRITMIAS E PERTURBAÇÕES DA CONDUÇÃO CARDÍACA DE APRESENTAÇÃO FETAL E NEONATAL

Mafalda Sampaio, Susana Soares, Cláudia Moura, Gustavo Rocha, António Vieira, José Carlos Areias, Hercília Guimarães

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital de São João, Porto (Portugal) y Facultad de Medicina de la Universidad de Porto (Portugal).

Introdução: As arritmias são eventos potencialmente graves durante o período fetal e neonatal.

Objectivo: Analisar a apresentação clínica, terapêutica, evolução e seguimento de uma população de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) com diagnóstico de arritmia no período fetal e/ou neonatal.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos de crianças internadas na UCIN, entre 1996 e 2006, por arritmia. Foram consideradas taquiarritmias, bradiarritmias, bloqueio auriculo-ventricular (BAV), QT longo e alterações inespecíficas do ritmo. Procedeu-se à análise de parâmetros clínicos, electrocardiográficos, ecocardiográficos, terapêutica, evolução e seguimento.

Resultados: Dos 77 recém-nascidos, 53 apresentavam antecedentes de arritmia fetal e 24 arritmia neonatal. A idade gestacional média foi de 37 semanas e meio (32-40 semanas). A apresentação clínica foi de taquiarritmia (n = 52), bradiarritmia (n = 5), BAV (n = 9), QT longo (n = 3) e alterações inespecíficas do ritmo (n = 8). Foi documentada cardiopatía estrutural em 5 casos e presença de rabiomiomas cardíacos em 3. Cinco fetos apresentaram sinais de compromisso hemodinâmico. Os diagnósticos mais frequentes foram: taquicardia supraventricular (n = 33; WPW 4), extrassístolia auricular (n = 9), BAV completo (n = 8) e flutter auricular (n = 6). Foi instituída terapêutica intrauterina em 7 casos, eficaz em 3. No período neonatal, 24 doentes não efectuaram terapêutica, 15 realizaram monoterapia, 34 associação; 4 foram submetidos a colocação de *pacemaker*. A taxa de mortalidade foi de 5,2%. Os doentes em seguimento encontram-se assintomáticos.

17:56

Conclusão: A taquicardia supraventricular foi o diagnóstico mais frequente. A maioria dos doentes apresentou evolução favorável, encontrando-se actualmente assintomáticos. Salienta-se a grande proporção de casos com diagnóstico pré-natal, sendo que a detecção destas alterações cardíacas na vida fetal contribui seguramente para a melhoria dos cuidados de saúde prestados no período neonatal imediato.

162**PATOLOGÍA DE LOS ANILLOS VASCULARES. NUESTRA EXPERIENCIA**

Arancha González Marín, Inmaculada Guillén Rodríguez, Francisco Javier Jiménez Díaz, José Santos de Soto, Antonio González Calle, Raquel Merino Ingelmo, Francisco García Angléu, José Luis Gavilán Camacho, Félix Coserria Sánchez, Alfonso Descalzo Señorans

Servicio de Cardiología Pediátrica y Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica del Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

Antecedentes y objetivos: Los anillos vasculares constituyen el 1% de las anomalías cardiovasculares congénitas. Son estructuras anómalas que pueden producir compresión en esófago, tráquea o ambos. El espectro clínico varía desde casos asintomáticos a casos con estridor o dificultad para la alimentación e incluso insuficiencia respiratoria grave. Exponemos nuestra experiencia.

Métodos: Estudio retrospectivo de 67 pacientes con anillos vasculares diagnosticados en los últimos 25 años. Las variables recogidas son, entre otras, tipo de anillo, edad y síntomas al debut, pruebas diagnósticas realizadas, síndromes, cardiopatías y malformaciones asociadas, requerimiento y tipo de cirugía y evolución de los pacientes.

Resultados: Se han analizado 67 casos: 49 arterias subclavias derechas aberrantes, (ASDA), 10 arcos aórticos derechos con arteria subclavia izquierda aberrante (7), con ductus persistente izquierdo (2) o con tronco braquiocefálico aberrante (1), 7 dobles arcos aórticos y 1 sling de la pulmonar. De ellos, sólo 22 son sintomáticos, siendo la mitad de debut neonatal y el resto comenzando en el periodo de lactante. En 18 casos existen síntomas respiratorios, siendo el más frecuente el estridor laríngeo. En 7 de los casos ocurre, al menos, un episodio de insuficiencia respiratoria grave. Los síntomas digestivos, reflujo, disfagia y vómitos, están presentes en 10 de los casos. El 71% de los pacientes son mujeres. Un 34% los casos tienen síndrome de Down. El diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos por angiografía. Precisan cirugía 16 casos. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son atelectasia, neumotórax y neumonía, la mayoría en niños con cardiopatía asociada. La evolución tras cirugía fue favorable con excepción de tres casos, dos con malformaciones graves asociadas y uno que se intervino tardíamente.

Conclusiones: 1. Existe un predominio marcado del sexo femenino y una destacada asociación a anomalías cromosómicas. 2. El anillo vascular más frecuente encontrado es la ASDA, cursando generalmente de forma asintomática. 3. Los casos sintomáticos debutan antes del año de edad, sobre todo en el periodo neonatal. 4. Ante todo estridor laríngeo persistente debemos pensar en un anillo vascular.

163**INFECCIONES RESPIRATORIAS EN NIÑOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA HEMODINÁMICAMENTE SIGNIFICATIVA: SEGUNDA ESTACIÓN DEL ESTUDIO CIVIC****18:10**

Constancio Medrano López, Fernando Ballesteros, Jaime Casaldaliga Ferrer, Juan Carretero, Victorio Cuenca Peiró, Fuensanta Escudero Cárceles, María Dolores García de la Calzada, Maite Luis García, Alberto Mendoza, en representación del Grupo CIVIC, Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas.

Objetivos: Evaluar, en una segunda estación, la tasa de hospitalización por infección respiratoria aguda en niños menores de 24 meses con cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas. Analizar los factores de riesgo asociados, medidas preventivas y describir la etiología y el curso clínico.

Métodos: 764 niños fueron seguidos desde Octubre de 2005 a Abril de 2006, en un estudio epidemiológico, multicéntrico (53 hospitales), observacional (descriptivo), con seguimiento y prospectivo.

Resultados: 100 pacientes (13,1%, IC 95%: 10,9-15,7%) requirieron un total de 120 hospitalizaciones por infecciones respiratorias. Los factores de riesgo significativos asociados con la hospitalización fueron:

Factores de Riesgo	Riesgo	Límite IC95%	
Edad menor de 12 meses	4,2	2,0	8,3
Hermanos menores de 11 años	2,8	1,7	4,4
Enfermedad respiratoria previa	2,4	1,2	4,9
Sexo (Masculino)	2,1	1,3	3,3
Cirugía con circulación extracorpórea	2,0	1,1	3,4
Peso menor del percentil 3	1,9	1,2	3,1

Los diagnósticos principales fueron: bronquiolitis (41,7%), infecciones de vías respiratorias altas (31,7%) y neumonía (17,5%). Se encontró algún germen en 33 casos (27,5%): en 21 fue el virus respiratorio sincitial. La odds ratio de hospitalización por infección por este virus fue del 1.8 en pacientes con inmunoprofilaxis incompleta. La estancia media fue de 8,5 días. En 25 episodios ingresaron en la unidad de cuidados intensivos y en 9 precisaron ventilación mecánica. 4 (0,52%) murieron por infección respiratoria.

Conclusiones: Un 13,1% de los pacientes ingresaron. Como factores de riesgo asociados encontramos condiciones no cardíacas (edad, hermanos, enfermedad respiratoria previa, sexo, malnutrición) y la cirugía con circulación extracorpórea. La inmunoprofilaxis frente al virus respiratorio sincitial es una adecuada medida preventiva. Existen cuadros graves y mortalidad asociada.